

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Autores: Bulaty Fº, J., doutorando do curso de graduação em medicina, UFSC.

Archer, J.L.B., doutorando do curso de graduação em medicina, UFSC.

Bem, P.C., doutorando do curso de graduação em medicina, UFSC.

Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento Materno-Infantil
Ano de 1982

ÍNDICE

	página
Resumo	01
Introdução	02
Definições e Conceitos	03
Casuística e Métodos	06
Resultados Obtidos	07
Percentual de Erro	07
Incidência de Gestaçao em Adolescentes	07
Cor e Procedência	09
Paridade	09
Hipertensão Arterial Sistêmica	09
Outras Manifestações Próprias da Gravidez	10
Tipos de Parto	11
Tempo de permanência Hospitalar	13
Óbito Materno	14
Complicações do Trabalho de Parto	14
Maturidade Fetal, Natimortalidade e Neomortalidade	14
Mal Formações Congênitas	16
Comentários	17
Conclusão	20
Bibliografia	21

RESUMO

Os autores, trabalhando com dados da Maternidade Carmela Dutra do ano de 1981, revisaram prontuários de 134 casos de gestantes adolescentes entre 12 a 16 anos de idade, relacionando-os a um grupo controle. Foram pesquisados cor, procedência, paridade, gestoses, tipos de parto (transpélvico ou abdominal) e suas complicações, indicações de cesareana, permanência hospitalar em dias da parturiente, óbito materno, natimortalidade, neonatalidade, maturidade fetal, peso do recém-nato e alterações congênitas.

Observou-se a incidência de 2,96% de partos em adolescentes sem complicações obstétricas para a mãe enquanto que para os recém-natos existiram, qualificando-os como recém-natos de maior risco.

INTRODUÇÃO

Na existência de uma polêmica entre os profissionais da área da saúde no que se refere aos riscos obstétricos para a gestante adolescente e condições de nascimento de seu produto nos propomos a fazer um levantamento dos prontuários destas pacientes que se internaram na Maternidade Carmela Dutra (MCD) no período de 1º de janeiro de 1981 a 31 de dezembro de 1981.

Como dados importantes a serem pesquisados entendemos a idade, cor, procedencia, paridade, gestoses, tipos de parto (transpélvico ou abdominal) e suas complicações, indicações de cesareana, permanência hospitalar em dias da parturiente, óbito materno, natimortalidade, neomortalidade, maturidade fetal, peso do recém-nato e alterações congênitas.

Como referência montamos um grupo controle com parturientes acima de 17 anos de idade inclusive.

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

01. Parturiente

Mulher que se encontra em trabalho de parto após 22 semanas de gestação e este se completou.

02. Parturientes dos 12 aos 16 anos de idade

Parturientes que tiveram filhos por via vaginal (parto normal ou forceps) ou abdominal (cesareana) com idade compreendida entre 12 a 16 anos inclusive e que deste momento em diante denominaremos adolescentes.

03. Grupo Controle

Parturientes que tiveram filhos, com idade acima de 17 anos inclusive, que deste momento em diante denominaremos controle.

04. Outras

Todas as parturientes do ano de 1981, na MCD, com idade acima de 17 anos inclusive.

05. Recém-Nascido Pre-Termo

Recém-nascido vivo com idade gestacional abaixo de 37 e 6/7 de semanas.

06. Recém-Nascido a Termo

Recém-nascido vivo com idade gestacional compreendida entre 38 semanas e 41 e 6/7 de semanas.

07. Recém-Nascido Pos-Termo

Recém-nascido vivo com idade gestacional acima de 42 semanas.

08. Natimorto

Recém-nascido sem qualquer sinal de vida após 22 semanas de gestação.

09. Neo-Morto

Recém-nascido com algum sinal de vida, vindo a perecer enquanto ainda internado na MCD, dentro do prazo de 28 dias de idade.

10. Adequado para a Idade Gestacional

Recém-nascido que dentro de seu grupo (pré-termo, a termo, pós-termo) está com seu peso dentro da média geral dos pesos, mais ou menos um desvio padrão, que deste momento em diante passará a ser denominado AIG.

11. Pequeno para a idade Gestacional

Recém-nascido que dentro de seu grupo (pré-termo, a termo, pos-termo) tem o seu peso menor a média geral dos pesos, me-

nos um desvio padrão e que deste momento em diante passará a ser denominado FIG.

12. Grande para a Idade Gestacional

Recém-nascido que dentro do seu grupo (pré-termo, a termo, pos-termo) está com seu peso maior que a média geral dos pesos mais um desvio padrão e que deste momento em diante passará a ser denominado GIG.

13. Paridade

É o número de vezes que a parturiente levou o seu trabalho de parto até o final com a expulsão ou extração do concepto, sendo que deste momento em diante denominaremos primípara quando isto ocorreu uma vez; secundípara duas vezes e múltípara quando ocorreu três ou mais vezes.

14. Nada Consta

É um dado que não foi possível ser coletado por ausência de citação em prontuário.

15. Adolescência

Em geral se estende dos 15 aos 20 anos de idade para os rapazes e dos 12 aos 18 anos nas moças; nos países tropicais pode se iniciar mais cedo. É caracterizada por transformações corporais e psicológicas; no ponto de vista corporal o fenômeno essencial é o aparecimento da função reprodutora acompanhada do surgimento dos caracteres sexuais secundários; do ponto de vista psicológico está relacionado com o súbito desabrochar da afetividade que se reveste de formas novas tanto morais, religiosas como estéticas. Época que a personalidade se define. Adolescência sendo um termo qualitativo não se presta para finalidades comparativas com fins estatísticos que este trabalho se propõe e para tanto escolhemos a idade de 12 aos 16 anos como sendo adolescência, passando a ser neste trabalho também um termo quantitativo.

16. Neo-Morto

Todo recém-nascido com algum sinal de vida e que vem a falecer dentro dos primeiros 28 dias após o seu nascimento.

17. Hipertensão Arterial Sistêmica

Considera-se como normalidade tensional os valores de 140 e 90 mm Hg respectivamente para as pressões sistólica e diastólica. Para valores limítrofes é necessário conhecer-se a pressão arterial anterior e, segundo Eastman, elevações de 30 mm Hg para a pressão sistólica e 15 mm Hg para diastólica deve ser considerada como hipertensão arterial sistêmica. Para fins diagnósticos devemos dar mais valor para a pressão diastólica. Como não tínhamos condições de saber a pressão arterial anterior das parturientes, consideramos como sendo hipertensão arterial sistêmica quando a pressão diastólica atingisse 90 mm Hg ou mais ou ainda então quando o

diagnóstico de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia estava citado em prontuário.

18. Recém-Nascido

É o produto da gestação após 22 semanas de gestação que foi eliminado ou extraído de seu local de nidacão. A partir desse entendimento foram definidas várias maneiras de maturidade fetal, como se lê anteriormente.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No ano de 1981 ocorreram na Maternidade Carmela Dutra 4.658 partos totais sendo que destes, 134 verificaram-se em adolescentes.

Através de um fichário do Departamento de Estatística da MCD, contendo o movimento de todas as internações ocorridas no ano de 1981, foram separadas as relacionadas a parto e destas, identificadas as adolescentes deste ano com seu respectivo número de prontuário. Com a finalidade de um grupo controle homogêneo em relação as mesmas condições impostas as adolescentes, foi identificada a parturiente imediatamente seguinte não-adolescente, compondo-se um grupo em igual número. Quando houve duas parturientes adolescentes em sequência, identificamos as duas outras não-adolescentes seguintes. Com a posse destes dados obtivemos os respectivos prontuários junto ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) com o propósito de coletar os seguintes dados: incidência de gestação na adolescência, cor da parturiente (branca, negra ou amarela), procedência (urbana ou rural), paridade (primípara, secundípara, múltípara), gestoses (hipertensão arterial sistêmica e outros sinais), parto transpélvico (com episiotomia, sem episiotomia, fórceps, complicações), parto por cesareana (indicações), recém-nascido (natimortalidade, neonatalidade, pré-termo, a termo, pós-termo, alterações congênitas e peso), tempo de permanência hospitalar em dias e óbito materno.

RESULTADOS OBTIDOS

Percentual de Erro

Pelo fichário do Departamento de Estatística da MCD ocorreram 5.153 partos no ano de 1981 e destes, 145 eram de adolescentes e 5.008 de parturientes acima de 17 anos de idade inclusive. No processo de coletas de dados junto aos prontuários, observou-se que havia um erro no preenchimento da ficha em relação ao prontuário pesquisado de onde chegou-se a um percentual de erro na ordem de 7,59% nas adolescentes e de 9,65% no grupo controle (tabela 1), dando um total absoluto de 134 partos nas adolescentes e 4.524 nos outros, sendo estes os números indicados na casuística.

Tabela 1. Percentual de Erro em Prontuários, 1981.

números \ grupo estudo	adolescente	controle
coletado	145	145
errados	11	14
correto	134	131
erro%	7,59%	9,65%

MCD, 1982

Incidência de Gestação em Adolescentes

No ano de 1981 ocorreram na MCD 4.658 partos totais sendo que destes, 134 em adolescentes (tabela 2).

Tabela 2. Gestação nas Adolescentes, MCD, 1981

números \ g. estudo	partos	%
adolescente	134	2,96
outros	4.524	97,04
total	4.658	100,00

MCD, ano 1982

Dentro do grupo das adolescentes, adistribuição por faixa etária foi como se apresenta na tabela 3.

Tabela 3. Parturientes Adolescentes de acordo com a faixa etária, MCD, ano 1981

idade \ números	Parturientes	%
12	1	0,75
13	1	0,75
14	6	4,47
15	33	25,62
16	96	69,41
total	134	100,00

MCD, ano 1982.

Em nossa coleta de dados observou-se naturalmente que em 4.658 partos do ano de 1981 existiu um certo número de partos realizados através de cesareanas e fórceps (tabela 4).

Tabela 4. Partos normais e operatórios, 1981, MCD.

Tipos Parto	Adolesc.		outras		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
P. normal	95	70,89	3.259	72,04	3.354	72,01
Cesareana	38	28,36	1.256	27,76	1.294	27,78
Fórceps	1	1,85	9	0,20	10	0,21
Total	134	100,0	4.524	100,0	4.658	100,0

Cor e Procedência

Estes dados não foram levados em consideração neste trabalho devido a falta de critérios absolutos e comuns entre as pessoas que preencheram as folhas de identificação nos prontuários.

Paridade

Sendo um dado importante na evolução do trabalho de parto, pesquisamos este item obtendo-se os resultados conforme a tabela 5.

Tabela 5. Paridade em adolescentes e outras, ano 1981 MCD.

C. Estudo freq.	Adolescente		outras	
	nº	%	nº	%
Paridade				
Primípara	117	87,31	52	39,69
Secundípara	9	6,72	26	19,85
Multípara	3	2,24	51	38,93
Nada Consta	5	3,73	2	1,53
Total	134	100,00	131	100,00

MCD, ano 1982.

Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão arterial sistêmica sendo um item que pode interferir diretamente na boa evolução do trabalho de parto, inclusive com morte materno-fetal, também foi objeto de pesquisa. Os resultados constam na tabela 6, colocada na próxima folha.

Tabela 6. Sinais de hipertensão arterial sistêmica, adolescentes e controle, MCD, 1981.

G. Estudo Freq.	Adolescente		controle	
Sinais	nº	%	nº	%
Ausente	117	87,31	115	87,78
Presente	14	10,45	14	10,69
Nada Consta	3	2,24	2	1,53
Total	134	100,00	131	100,00

MCD, 1982.

Outras Manifestações Próprias da Gravidez (tab. 7)

Tabela 7. Gestoses, excluída a hipertensão arterial sistêmica, MCD, ano 1981. (A).

Período g. est. freq.	1º trimestre				2º trimestre				3º trimestre			
	adolesc.		contr.		adolesc.		contr.		adolesc.		contr.	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Manifest.												
Náusea	21	15,7	7	5,3	7	5,2	4	3,1	0	0,0	4	3,1
Vômito	13	9,7	4	3,1	1	0,7	2	1,5	0	0,0	5	3,8
Tontura	3	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Lipotímia	3	2,2	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
Edema	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	12	8,9	16	12,2
Dor Lombar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,9	0	0,0
Inf. Ur.	0	0,0	0	0,0	4	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Varizes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,5

MCD, 1982

(A) Adolescentes: 134 = 100,0%

Controle : 131 = 100,0%

Tipos de Parto

De acordo com os riscos materno-fetais, na evolução de um trabalho de parto, pode-se adotar condutas diferentes para um melhor prognóstico vital da parturiente e feto. Os partos, basicamente foram divididos em transpêlvicos onde evidenciamos a ocorrência de episiotomia e fórceps (tab. 8) e por via abdominal (cesareana) (tabela 9) conforme suas indicações.

Tabela 8. Partos transpêlvicos entre adolescentes e grupo controle, ano 1981, MCD.

C.Est. freq. Parto	Adolescente		Controle	
	nº	%	nº	%
c/ episio	82	85,42	56	62,22
s/ episio	9	9,37	31	34,44
fórceps	1	1,04	0	0,00
nada consta	4	4,17	3	3,34
total	96	100,00	90	100,00

MCD, 1982.

Tabela 9. Indicação de cesareanas nas adolescentes e grupo controle, MCD, ano 1981.

indicações	grupos estudo		adolescente		controle	
	frequencia		nº	%	nº	%
sofrimento fetal	07	18,42	03	7,32		
apres. pélvica primípara	07	18,42	03	7,32		
desproporção céfalo-pélvica	06	15,79	07	17,07		
distócia de trajeto	05	13,16	03	7,32		
pré-eclâmpsia	03	7,89	01	2,44		
distócia de colo	02	5,26	05	12,19		
amniorexis prematura	02	5,26	0	0,00		
sequela de pielonefrite	01	2,63	0	0,00		
distócia de objeto	0	0,00	04	9,76		
terceira cesareana	0	0,00	04	9,76		
gravidez serotínica	0	0,00	02	4,88		
segunda cesareana	0	0,00	02	4,88		
eletiva	0	0,00	02	4,88		
eclâmpsia	0	0,00	01	2,44		
feto morto	0	0,00	01	2,44		
nada consta	05	13,16	03	7,32		
total	38	100,00	41	100,00		

MCD, ano 1982.

Tempo de Permanência Hospitalar

Com o propósito de comparar a recuperação, condições de alta hospitalar, pesquisamos o tempo de permanência hospitalar entre os dois grupos, conforme o tipo de parto (tab. 10).

Tabela 10. Tempo de permanência hospitalar, MCD, ano de 1981.

nº dias	parto episio g. est.		normal				fôrceps		cesar.		n.consta	
			c/episios		/episio							
			ad.	out	ad.	out	ad.	out	ad.	out	ad	out
01			4	1	0	3	0	0	0	0	0	0
02			55	41	5	23	1	0	0	1	2	1
03			14	10	3	4	0	0	5	7	2	1
04			3	2	0	1	0	0	20	16	0	1
05			0	0	0	0	0	0	9	8	0	0
06			0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
07			0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
08			1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
09			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10			0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
11			0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
12			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13			0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
nao consta			5	1	0	0	0	0	1	2	0	0

MCD, 1982.

Óbito Materno

Não houve óbito materno nos prontuários pesquisados.

Complicações do Trabalho de Parto

Obtivemos 2 registros de complicações do trabalho de parto transpélvico sendo que 1 deles, sangramento excessivo, ocorreu numa adolescente. Outra ocorrência deu-se no grupo controle com retenção de placenta sendo extraída após, manualmente.

Maturidade Fetal, Natimortalidade e Neomortalidade

De acordo com os dados constantes em prontuários ou seja, maturidade fetal, presença de atestado de óbito e diagnóstico de natimortalidade, procuramos elaborar um estudo (tab.11). Coletamos ainda o peso do recém-nascido que juntamente com a maturidade fetal, elaboramos as seguintes tabelas: Recém-nascido pré-maturo (tabela 12), recém-nascido à termo (tabela 13) e recém-nascido pos-termo (tabela 14)

Tabela 11. Maturidade fetal, natimortalidade e neomortalidade, controle e adolescente, MCD, 1981.

g. estudo frequência conceito	adolescente		controle	
	nº	%	nº	%
pré-termo	9	6,72	2	1,53
a termo	113	84,32	117	89,32
pos-termo	1	0,75	3	2,29
natimorto	3	2,24	4	3,05
neomorto	2	1,49	1	0,76
nada consta	6	4,48	4	3,05
total	134	100,00	131	100,00

MCD, ano de 1982.

Tabela 12. RN pré-termo de adolescentes
e grupo controle, MCD, 1981.

varian- tes q.est.	adolescente	controle
média	1.931 g.	2.235 g.
p. mínimo	1.140 g.	2.200 g.
p. máximo	2.600 g.	2.270 g.
desvio pad.	540 g.	49 g.
P I G n°	2	0
A I G n°	5	2
G I G n°	2	0

MCD, 1982.

Tabela 13. RN a termo de adolescentes e
grupo controle, MCD, 1981.

varian- tes q.est.	adolescentes	controle
média	3.135 g.	3.356 g.
p. mínimo	2.370 g.	2.460 g.
p. máximo	4.150 g.	4.800 g.
desvio pad.	396 g.	483 g.
P I G n°	23	22
A I G n°	73	79
G I G n°	17	26

MCD, ano 1982.

Tabela 14. RN pós-termo de adolescentes e grupo controle, MCD, ano 1981.

g. est. varian- tês	adolescente	controle
média	3.320 g.	3.690 g.
p. mínimo	3.320 g.	3.370 g.
p. máximo	3.320 g.	4.190 g.
desvio pad.	0	408 g.
P I G nº	0	0
A I G nº	1	2
G I G nº	0	1

MCD, ano 1982.

Mal Formações Congênicas

Foram observados 5 casos de mal formações congênicas, três deles em adolescentes: hemangioma plano em pálpebra direita, sífilis congênita, mal formação de mãos e pés e neste caso associada com neomortalidade; dois casos no grupo controle sendo uma polidactilia em membros inferiores e a outra um caso de mamilo supranumerário.

COMENTÁRIOS

Pelos resultados obtidos, conseguimos montar, estatisticamente, um pensamento a respeito da evolução das parturientes adolescentes em nossa região.

Antes porém, observamos um índice de erro nas fichas de controle de internação em relação aos dados constantes em prontuário. No ano de 1981 tivemos um total de 5.153 partos e deste total, 145 parturientes eram adolescentes com um índice de erro de 7,59% e 145 parturientes do grupo controle onde o índice de erro foi de 9,65%. O índice de erro se refere a outros motivos de internação que não o trabalho de parto. São dados significativos. Em números corrigidos, para um total de 4.658 tivemos 134 em adolescentes perfazendo 2,96% dos partos totais, onde se constatou que com o aumento da idade houve um aumento da incidência de parturientes, ficando as gestantes de 16 anos com 69,41% e de 15 anos com 25,62%. Estas duas faixas etárias perfizeram 95,03% do grupo total de adolescentes e estes números são semelhantes aos encontrados por Pinto Aleixo (1) em trabalho desenvolvido no Rio de Janeiro.

Quanto a paridade observou-se que 87,31% nas adolescentes e 39,69% para o grupo controle eram primíparas. Não esperávamos encontrar entre as adolescentes 3 casos de múltiparas e 9 de secundíparas.

Quanto às gestoses, consideramos a presença de hipertensão arterial sistêmica um item à parte. Verificamos que não houve diferenciação na sua incidência entre os grupos estudados (tabela 6). Outras manifestações próprias da gravidez como náuseas, vômitos e tonturas foi significativamente superior em adolescentes, possivelmente devido ao grande número de primíparas neste grupo e segundo Resende (2), parturientes mais predispostas a tais manifestações, especialmente nos 1º e 2º trimestres da gravidez, sendo que estas mesmas manifestações verificaram-se em maior proporção, apesar de pequena, no 3º trimestre em parturientes do grupo controle.

A variação do tipo de parto também teve o seu destaque neste trabalho. No ano de 1981, o uso de forceps foi necessário 1 vez entre as adolescentes e 9 vezes em parturientes outras, sendo que

no grupo controle não ocorreu nenhum caso. As cesareanas fizeram um percentual de 28,36% entre as adolescentes e 27,76% nas outras (tabela 4). A diferença entre um e outro grupo não foi a esperada visto que as adolescentes, pela sua estrutura física em evolução, teriam mais dificuldades no trabalho de parto. Citamos como exemplo o caso de uma parturiente com 12 anos de idade, parto normal com episiotomia, vindo a ter sangramento excessivo. Observamos em ordem decrescente, as seguintes principais indicações de cesareanas em adolescentes e grupo controle respectivamente: sofrimento fetal 18,42% para 7,32%; apresentação pélvica em primípara 18,42% para 7,32%; desproporção céfalo-pélvica 15,79% para 17,07%; distócia de trajeto 13,16% para 7,32%; pré-eclâmpsia 7,89% para 2,44%. Como em outros trabalhos (3), confirmou-se a maior incidência de amniorexis prematura em adolescentes. Algumas indicações podem ser justificadas pelas adolescentes basicamente primíparas e o grupo controle ser formado por parturientes não-primíparas, mas quando se trata de desproporção céfalo-pélvica, sofrimento fetal e distócia de trajeto não podemos seguir este pensamento; seria uma imaturidade física materna? Vale acrescentar que não encontramos em prontuários indicações de 13,16% das cesareanas em adolescentes e 7,32% entre o grupo controle (tabela 9). Nos partos transpélvicos com ou sem episiotomia, exceto fórceps, os números proporcionais encontrados foram aceitáveis em decorrências das adolescentes serem um grupo formado principalmente de primigestas e tendo assim uma maior indicação de episiotomia (tabela 8).

A permanência hospitalar nos partos transpélvicos, observamos não haver uma diferenciação significativa entre um ou outro grupo, apenas citamos que a grande maioria permaneceu internada durante 2 dias. O mesmo se observou nos partos por cesareana e neste caso a permanência hospitalar predominou em ambos os grupos em torno de 4 dias. Como dados estranhos temos 4 adolescentes e 1 controle, parto normal com episiotomia que permaneceram apenas 1 dia; 3 pacientes do grupo controle com parto normal sem episiotomia que também ficaram 1 dia hospitalizadas e ainda entre as pacientes cesareadas, uma do grupo controle permaneceu internada apenas 1 dia na Maternidade Carmela Dutra.

Nos prontuários pesquisados não encontramos nenhum óbito materno, apesar de duas complicações ocorridas como sangramento excessivo numa adolescente de 12 anos e retenção de placenta noutra paciente do grupo controle, sem que isso signifique a não existência desta complicação em outros partos não pesquisados.

No que diz respeito ao produto da gestação das parturientes estudadas, obtivemos dados significativos principalmente quando relacionado ao trabalho de Aleixo Pinto quanto à prematuridade. Encontramos que 6,72% nas adolescentes e 1,53% no grupo controle tiveram trabalho de parto prematuro, sendo que na pesquisa citada anteriormente encontrou-se 8,3% nas adolescentes e 5,7% no controle. Nos recém-nascidos a termo também houve uma diferenciação apreciável quanto a média dos pesos. No grupo das adolescentes encontramos a média de 3.153 gramas para 3.356 gramas no grupo controle, uma diferença de 221 gramas de onde se obteve um desvio padrão de 396 gramas para o peso dos recém-nascidos de adolescentes e 483 gramas para os do grupo controle (tabela 13). Possuindo os pesos dos recém-nascidos, obtidos os desvios padrões, analisando as tabelas resultadas com estes números, verificamos a presença de um maior número de PIG entre as adolescentes e GIG no grupo controle. A presença de malformações distribuiu-se homogeneamente entre os dois grupos.

CONCLUSÃO

Pelos dados analisados concluímos que:

01. O sistema de registros das pacientes pelo tipo de internação do Departamento de Estatística da MCD no ano de 1.981, não oferece confiabilidade estatística.

02. A incidência de partos em adolescentes na MCD no ano de 1.981 foi de 2,96%, sendo que não foi possível verificar se houve um aumento ou diminuição nesta incidência pela não existência de registros anteriores a este ano citado.

03. Nas gestoses, com excessão da hipertensão arterial sistêmica onde não se verificou diferenças significativas, observamos que náuseas, vômitos e tonturas, características do primeiro trimestre da gravidez, tiveram especial predominância nas adolescentes numa proporção superior a 3 vezes.

04. A percentagem total de cesareanas em cada grupo foram basicamente as mesmas, apesar das indicações variarem conforme o grupo adolescente ou controle.

05. Em nosso estudo concluímos não haver risco obstétrico para a gestante adolescente, sendo que o mesmo não se verifica com o recém nato devido a alta incidência de prematuros numa proporção superior a 4 vezes nas adolescentes em relação ao grupo controle.

06. O recém-nato da adolescente tem a média dos pesos inferior ao grupo controle.

07. Não há diferença significativa na permanência hospitalar entre adolescentes e grupo controle por tipo de parto.

08. Houve amniorexis prematura somente no grupo adolescente, apesar de pequena incidência.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Pinto-Aleixo - Gestação na Adolescência, Jornal Brasileiro de Ginecologia, 91(6): 439442, 1981.
- (2) Resende J. - Obstetricia, Guanabara-Koogan, 1974.
- (3) Miller P.J. MD e outros, The Journal of Family Practice, vol. 5, nº 5, 1977.
- (4) Benson R.C. - Manual de Obstetricia e Ginecologia, Guanabara-Koogan, rio de Janeiro, 1979.
- (5) Murahovschi J. - Pediatria Diagnóstico e Tratº, Savier, S. Paulo, 1979.
- (6) OMS, Método de Assistência Sanitária a Mãe e a Criança Baseada no conceito de Risco, off set nº 39, 1978.
- (7) Delta Larousse, Grande Enciclopédia Ilustrada, Delta, Rio de Janeiro, 1978.
- (8) Sounis E. - Bioestatística, MC Graw-Hill, 1976.

VII - Cópia do atestado de óbito

TCC
UFSC
TO
0233

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0233

Autor: Bulaty Filho, J

Título: Gravidez na adolescência..



972809648

Ac. 254367

Ex.1 UFSC BSCCSM